

問診票（小児用）

ふりがな

お名前 (男・女) 呼び方/あだ名：

生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)

住所 (〒 -)

ご自宅 - -

携帯電話 - -

※ 通院に便利な曜日や時間帯 月・火・木・金・土 午前/午後 時

● 今日はどうなさいましたか？

治療希望 検診希望

むし歯 歯が痛い 詰め物がとれた 歯ぐきが腫れた 乳歯が生え変わらない

歯の汚れが気になる 歯並びが気になる フッ素をぬりたい

その他 ()

● 今までに歯科を受診したことはありますか？

ない ある → むし歯・検診・その他 ()

● 薬や麻酔、食べ物などアレルギーはありますか？

ない ある → ()

● 以前かかったことのある病気や、現在治療中のものはありますか？

ない ある（病名： _____ ）

● 現在、お薬を服用していますか？薬品名もご記入ください。

いいえ はい（薬品名： _____ ）

● 好きな食べ物や飲み物がありますか？

（ _____ ）

● いつ、歯磨きをしますか？

起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 不定期

● 大人の方が、仕上げ磨きをしていますか？

している していない

● 歯ブラシ以外に、使っているものはありますか？

使っていない 歯間ブラシ・フロスを使用している

その他（ _____ ）

● ご自宅でフッ素入り歯磨き粉などは使っていますか？

使っていない 使っている（品名： _____ ）

その他ジェルなどを使っている（品名： _____ ）

● 当院はどちらでお知りになりましたか？

紹介（ _____ 様） ホームページ

看板（ 院内駐車場 ・ バイパス [安岡／武久] 出入り口 ）

その他（ _____ ）